

EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN

2. Has this claim been acquired from someone else? ¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. From whom? Sí. ¿De quién?	Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)
3. Where should notices and payments to the creditor be sent? Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g) ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor? Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)	Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?	Name / Nombre Rita M. Torres Ortiz Number / Número Carr. 151 Km. 8.4 apt. 224 Street / Calle Villalba P.R. City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal 00766 Contact phone / Teléfono de contacto 707-243-5494 Contact email / Correo electrónico de contacto
Does this claim amend one already filed? ¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) Filed on / Presentada el (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)	
Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim? ¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior?	
Part 2 / Parte 2: Give Information About the Claim as of the Petition Date Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó		
Do you have a claim against a specific agency, department of the Commonwealth of Puerto Rico? ¿Tiene una reclamación contra de algún organismo o departamento específico Estado Libre Asociado Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .) Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: https://cases.primeclerk.com/puertorico/ .)	Departamento de Educación
Do you supply goods or services to the government? ¿Proporciona bienes y / servicios al gobierno?	<input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional en la continuación: Vendor / Contract Number Número de proveedor / contrato: List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017: Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados en la lista anterior) pero antes del 30 de junio de 2017:	

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form).
Llene esta información para identificar el caso (seleccione solo un deudor por formulario de reclamación).

<input type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03253	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03254	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input checked="" type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED
MAY 25 P 4:07

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to request payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503, or a request according to 11 U.S.C. § 503.

Debtors must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. If any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que sea tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe presentarse con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Los deudores deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas, etc. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. Si los documentos no están disponibles, explique los motivos en un anexo.

Provide information about the claim as of the Petition Date.
Proporcione la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 Identify the Claim / Identificar la reclamación

Current creditor?
Deudor actual?

Rita M. Torres Ortiz

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre del acreedor actual (la persona o entidad a la que se le debe pagar por esta reclamación)

Certificación de maestra del Departamento de Educación de
Puerto Rico



DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

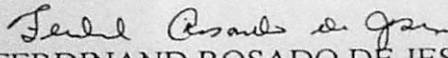
14 de agosto de 2000

CERTIFICACION

Certifico que **RITA M. TORRES ORTIZ** () posee los
siguientes certificados regulares:

- I. MAESTRO DE ESCUELA ELEMENTAL**
número 2394 expedido desde el 1 de julio de 1993
hasta el 30 de junio de 1999

MAESTRO DE EDUCACION ESPECIAL - Vitalicio
número 1341 expedido el 1 de julio de 1993


FERDINAND ROSADO DE JESÚS
Director
Certificaciones Docentes

Certificación de años por servicios prestados como maestra para el Departamento de Educación de Puerto Rico

Gobierno de Puerto Rico
Sistema de Retiro para Maestros
CERTIFICACIÓN AÑOS DE SERVICIO Y EDAD

19 de marzo de 2012

SRA MATILDE PEDRAZA
SECCION NOMBRAMIENTOS Y CAMBIOS
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

RE: Rita M Torres Díaz

El profesor de referencia ha radicado una Solicitud de Retiro por la Ley 91 de 29 de marzo de 2004 (Ley del Sistema de Retiro para Maestros del Estado Libre Asociado de Puerto Rico).

☒ Años de Servicio ☐ Edad ☐ Diferida ☐ Suplementaria

Al 7 de febrero de 2012 fecha de su última aportación recibida

☒ cualifica ☐ no cualifica para acogerse a la jubilación y tiene el siguiente tiempo:

AÑOS	MESES	SEMANAS	DÍAS	EDAD
29	10	3	2½	53

Los pagos pendientes no están considerados en esta certificación. Los mismos son:

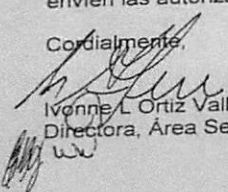
☐ Reconocimiento de Tiempo
☐ Diferencia en por ciento por transferencia recibida
☐ Reembolso de Cuotas
☒ No aplica

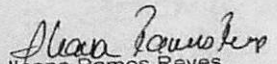
Cualifica para una pensión al 75% del promedio de los 36 salarios más altos, de haber cotizado 30 años de servicios. De tener menos de 30 años de servicio cualificaría para una pensión al 1.8 % del promedio de los 36 salarios más altos, multiplicados por el tiempo cotizado.

El tiempo certificado puede variar, de encontrarse diferencias en el Informe de Cambio, enviado por el Departamento de Educación u otras instituciones Gubernamentales y de existir anuotaciones futuras entre cuentas que afecten las aportaciones del Sistema. Deberá permanecer cotizando en nuestro Sistema hasta la fecha que proyecta retirarse.

El plan médico y planes suplementarios deben ser pagados directamente a las aseguradoras hasta tanto envíen las autorizaciones de descuentos para tramitar su pensión.

Cordialmente,

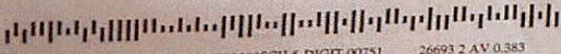

Ivonne L. Ortiz Valladares
Directora, Área Servicios de Retiro


Ileana Ramos Reyes
Oficial de Servicios de Retiro

PROF. RITA M TORRES DIAZ
BOX 1518
VILLALBA PR 00766

P.O. Box 191879 San Juan, P.R. 00919-1879 Teléfonos (787) 754-8611 ó 1-800- 981-8611
<http://www.srm.gobierno.pr> E-mail: consulta@srn.gobierno.pr

Comprobante del pago de pensión del Sistema de Retiro de Maestros de Puerto Rico

Gobierno de Puerto Rico 592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS				Grupo de Pago: SM-Quincenal Desde: 09/01/2019 Hasta: 09/15/2019		Business Unit: PUERT Aviso #: 3355030 Fecha Aviso: 09/13/2019										
RITA M TORRES ORTIZ PO BOX 224 VILLALBA PR 00766-0224 SS: XXX-XX-1674		# Empleado: XXXXX1674 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY 91 2004 Lugar: A/O/S SERVICIO LEY 91 Título: Pensionado Sueldo: \$2,066.25 Monthly		DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married Concesiones: 0 39 +99 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:												
HORAS E INGRESOS				IMPUESTOS												
Descripción Pago de Salarios Regulares BONO MEDICINA- PENSIONADOS		Corriente Sueldo Horas Ingresos 1,033.13 1,380.00 17,563.21 0.00 100.00		Acumulado Horas Ingresos 1,380.00 17,563.21 100.00		Descripción Corriente Acumulado										
Total:		1,033.13 1,380.00 17,563.21		Total:		0.00 0.00										
DEDUCCIONES		DEDUCCIONES GENERALES		BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS												
Descripción Corriente Acumulado RM-First Pers De Cuota Ret Mac 53.48 909.16 SM-First Medical Health Plan 63.50 1,049.50 SC-AMER FAM LIFE ASS CO 77.44 1,316.48		Descripción Corriente Acumulado RM-First Pers De Cuota Ret Mac 53.48 909.16 SM-First Medical Health Plan 63.50 1,049.50 SC-AMER FAM LIFE ASS CO 77.44 1,316.48		Descripción Corriente Acumulado SM-First Medical Health Plan 0.00 800.00												
Total:		0.00 0.00		Total:		194.42 3,275.14										
TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA										
Corriente: 1,033.13		0.00		194.42		838.71										
Acumulado: 17,663.21		0.00		3,275.14		14,388.07										
PTO HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGA NETA												
Balance Inicial: 0.0				Aviso #3355030 838.71												
Acumulado:				Total: 838.71												
Utilizado:																
Cantada:																
Costos:																
Cant. Final: 0.0																
PAJE:																
Gobierno de Puerto Rico SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS				Fecha 09/13/2019		Aviso No 3355030										
Cant. Depósito: \$838.71																
 TRAY 105 SQ 26693 *****SCH 5-DIGIT 00751 26693 2 AV 0.383 RITA M TORRES ORTIZ PO BOX 224 VILLALBA PR 00766-0224				DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Cuenta</th> <th>Numero de Cuenta</th> <th>Cant. Deposi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Savings</td> <td></td> <td>\$838.71</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total:</td> <td>\$838.71</td> </tr> </tbody> </table>				Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposi	Savings		\$838.71	Total:		\$838.71
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposi														
Savings		\$838.71														
Total:		\$838.71														